Cervantes (A) X1.

# OCLUSION INTESTINAL.

OPORTUNIDAD

# DE LA INTERVENCION QUIRURGICA,

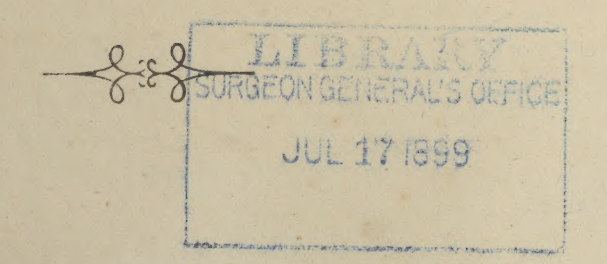
## TESIS INAUGURAL

POR

ALBERTO CERVANTES

ALUMNO DE LA

ESCUELA DE MEDICINA.




MEXICO.

IMPRENTA DE MICAELA HERNANDEZ
Callejon de las Cruces Núm. 7.

1878.

AL SR. DR. FRANCISCO ORTEGA,

AGRADECIMIENTO Y RESPETO.

POCAS son las enfermedades del aparato digestivo en que tenga que intervenir el cirujano, pero sucede á veces que su intervencion es el único recurso y la última esperanza que queda al paciente, que ha visto agotados inútilmente todos los medios de que dispone la terapéutica médica.

En los estrechamientos del esófago, en la oclusion intestinal, en las hernias estranguladas, el bisturí del cirujano, cortando la estrechez del canal ó abriendo éste ya arriba ya abajo de la coartacion, salva al enfermo de una muerte cierta y lo salva aunque con no pocas dificultades del horrible cuadro de síntomas en que su lesion lo habia postrado, evitándole los horrores de una muerte cruel en medio de los dolores mas espantosos, ó del terrible cuadro de la muerte por inanicion.

Imponente es en verdad, el aspecto de un desgraciado enfermo afectado de oclusion intestinal, cuando ha llegado al grado de que el médico no pueda hacer nada, y espere solo la benéfica influencia de la cirujía.

Cuantas veces sucede, que á pesar de la intervencion del cirujano, que por cierto es bien justificada, el enfermo sucumbe sin embargo, solo porque el médico espere demasiado, confiando mas de lo que debia en los numerosos medios que ha empleado, haciendo inútil por solo la demora, la intervencion quirúrgica, que tal vez hubiera salvado la vida del paciente.

Aquí, como siempre, es preciso tener en cuenta el momento oportuno, hacer un diagnóstico exacto, observar atentamente el estado del enfermo, buscar por todos los medios posibles la causa de la lesion, y no esperar que se desarrollen los terribles accidentes que se han descrito bajo el nombre de peritonismo, porque entonces la

muerte es casi inevitable, y la cirujía por decirlo así, compromete su reputacion.

Lo repetimos, es necesario observar con conciencia la marcha de la lesion, seguirla paso á paso, hacer un diagnóstico qne comprenda, no solo la clase de enfermedad de que se trata, sino tambien su naturaleza, su causa y hasta donde sea posible su localizacion.

Ya con estos datos, en lugar de usar uno tras otro los numerosos medicamentos que se han recomendado agotando inutilmente las fuerzas del enfermo, y dando lugar á que la lesion se complique con los graves accidentes del peritonismo, se puede intervenir seriamente, haciendo al paciente la puncion intestinal, ó practicando desde luego, un ano contra natura, que dé fácil salida á los productos excrementicios, que se habian acumulado arriba del obstáculo.

Tan cierto es lo que decimos, tan indispensable es buscar y conocer la causa de la lesion, que á nadie le ocurriria dada una oclusion por afeccion cancerosa del intestino, que lo hubiera obstruido por completo, llenar al pobre enfermo de purgantes, administrarle la belladona, molestarlo con lavativas, ó enfriarle el vientre con hielo. Todo esto seria inútil y no contribuiría sino á agotar las pocas fuerzas del enfermo, y á apresurar la terminacion funesta. Por el contrario, sería muy racional usar de los medios que hemos dicho, si la causa de la obstruccion es la acumulacion de materias fecales endurecidas.

Entre estos dos casos estremos, hay una multitud de intermedios, que comprenden los casos de invaginacion, torcion, el intestino, espasmo, estrangulacion por bridas, etc., casos, en que el diagnóstico de causa es muy difícil, y el tratamiento en consecuencia, incierto en sus resultados y á veces enteramente empírico.

Siempre que sea imposible hacer el diagnóstico de sitio, y cuando la causa de la lesion ha quedado indeterminada ú oscura, debemos fijarnos en la marcha de la enfermedad, en la naturaleza de los síntomas y en el estado general del enfermo; debemos procurar apreciar su resistencia y no confiar demasiado en el resultado mas ó menos favorable que se espere de una medicacion, que no ha podido menos que ser empírica, ni mucho menos, esperar que los recursos se agoten dejando la intervencion quirúrgica como último recurso.

Contando con la benevolencia de los ilustres profesores que componen mi Jurado, me he resuelto á escribir

esta imperfecta Tésis, que espero recibirán como un justo homenaje de admiracion y respeto.

Para simplificar el estudio sobre las condiciones del método curativo quirúrgico en la oclusion intestinal, entraré antes en algunos detalles sobre la anatomía y fisiología patológicas de esta lesion, trataré en seguida de establecer el diagnóstico diferencial entre la oclusion intestinal y las enfermedades que pudieran confundirse con ella, así como de los diversos estrangulamientos entre sí. Este último punto nos ocupará con alguna dentencion pues si bien es cierto que el diagnóstico preciso de naturaleza y sitio de la oclusion, está casi siempre rodeado de las mayores dificultades, en cambio es el único guía seguro que tenemos para el tratamiento. Solo él podrá justificarnos ante nuestra propia conciencia y solo entonces podremos empuñar con tranquilidad el bisturí sin es ponernos á practicar una operacion inútil. Guiados por la luz y la razon, si no obtenemos buenos resultados, al menos no contribuiremos á desacreditar la cirujía como tantas veces ha sucedido. En efecto, obligados los cirujanos á obrar á la mayor brevedad, las mas veces automáticamente y cuando ya era tarde, han violentado así la muerte del enfermo, y no sin razon se han atribuido á la intervencion quirúrgica los resultados mas funestos. Nadie desconocerá lo serio de la operacion en sí pero si á ello añadimos las circunstancias tan inoportunas en que tantas veces se ha practicado, la oscuridad que siempre ha reinado en el diagnóstico y sobre todo si consultamos los resultados obtenidos, bastaría esta sola consideracion para hacernos desistir de la operacion y entregar el enfermo á su propia suerte.

En seguida, haremos una reseña del tratamiento médico, sus indicaciones en general, así como en cada variedad en particular, y por último insistiremos sobre las indicaciones precisas del tratamiento quirúrgico, cuando los agentes médicos no hayan surtido. Trataremos sobre todo de justificar la oportunidad de la intervencion de los medios violentos, valiéndonos de los datos que nos dé el estado general del enfermo, lo mismo que de los que nos suministren la anatomía y fisiología de los órganos que vamos á atacar directamente. Del estado mas ó menos deteriorado de ellos, dependerá casi siempre el resultado que obtengamos; obrando unas veces con el trocar como medio paliativo para volver al intestinc su contractilidad; otras veces penetrando al peritonéo con el

bisturí, destruyendo definitivamente el obstáculo interpuesto al curso natural de las materias que recorren este canal.

Sentado una vez el plan que nos hemos propuesto seguir, pasemos ahora á la Anatomía patológica de la afeccion que nos ocupa.

## ANATOMIA Y FISIOLOGIA PATOLOGICAS,

### CAUSAS.

Estudiaremos brevemente tres puntos importantes: 1º Estado y condiciones del intestino que favorecen la oclusion; 2º Las alteraciones que ha sufrido el intestino por el hecho mismo de la oclusion; y 3º Las lesiones de las partes vecinas.

De una manera general, habrá oclusion cuando el calibre del intestino se haya estrechado en un punto por una causa que esté en las paredes mismas del canal; cuando el intestino haya sufrido una constriccion porque se introduzca por un orificio estrecho; cuando el intestino esté enrrollado ó torcido sobre si mismo (volvulus); cuando una parte del intestino se halla introducido ,en otra, (invaginacion); por último, cuando la cavidad del intestino esté obstruida por algun cuerpo extraño (obstruccion).

La oclusion por estrechamiento puede producirse de diversos modos que enumeraremos á continuacion: El estrechamiento *espasmódico* que consiste en una contraccion esencialmente nerviosa que obstruye completamente el calibre del canal en una estension mas ó menos larga, acompañándose otras veces esta contraccion de un movimiento antiperistáltico del intestino que naturalmente invierte el curso de las materias, (ileus nervioso, pasion iliaca.) En esta variedad de estrechamiento, como se comprende fácilmente no encontramos lesiones anatómicas.

El estrechamiento *cicatrisial* es producido generalmente por ulceraciones, (fiebre tifoidea, desenteria etc.) que dan lugar á cicatrices cuyo tejido como se sabe es muy retractil.

Lo que se llama estrechamiento *parietal*, comprende los casos de hipertrófia parcial del intestino, los polipos, los diversos tumores, y toda clase de degeneraciones, como el cáncer, el tubérculo, etc. Estas alteraciones no deter-

minan la oclusion sino á la larga, de una manera intermitente y periódica, y su marcha depende siempre de los progresos que hace el mal, y terminando por una oclusion irremediable.

El estrechamiento por *compresion*, es otra de las variedades que determinan la oclusion por medios puramente mecánicos, asi, es producido por toda clase de tumores desarroyados en el vientre, como los tumores del útero, los quistes del ovario, los cuerpos fibrosos, los hematoceles, los anaurismas, etc.

No tomarémos en cuenta el estrechamiento *congénito* por ser muy raro y por ser casi siempre una causa de *inviabilidad.*

La oclusion por *constriccion* del intestino ó estrangulamiento propiamente dicho, comprende dos variedades, segun que el orificio por donde se ha introducido el intestino es natural ó accidental. En la primera variedad, entran toda clase de hernias, como las inguinales, crurales, ombilicales, diafragmáticas, las que se hacen por el hiatus de Winslou y otras que pueden hacerse á traves de todos los orificios que se encuentran en las paredes de la cavidad abominal. La segunda variedad, comprende todas las constricciones del intestino que se efectúan á traves de orificios formados accidentalmente por bridas fibrosas ó celulosas, tendidas ya de un punto del intestino á otro, ya de las paredes abdominales al intestino ú otra víscera, etc.; cuyas bridas provienen generalmente de una peritonitis antigua parcial ó general. Lo mismo sucederá cuando un divertículo del ileon ó el apéndice vermiforme, se hayan adherido en algun punto y formen un anillo por donde pueda introducirse el intestino. Hay tambien otra clase de bridas como los epiploicas, constituidas por el epiploon enrrollado sobre sí mismo y adherentes en su extremidad libre, que pueden igualmente formar orificios por los que se verifique la constriccion del intestino.

La oclusion por *enrollamiento* del intestino ó volvulus, se produce con frecuencia cuando se despiertan movimientos peristálticos enérgicos y desordenados como los que resultan de la administracion de purgantes drásticos. Por estas y otras muchas causas que á veces no apreciamos, suele verse que una asa intestinal se tuerza una ó varias veces sobre sí misma, fijándose despues en esta situacion viciosa por adherencias peritoneales, dando lugar así á una oclusion irremediable. En otras circunstancias, el intestino se enrrolla alrededor de un grupo de asas intesti-

nales, ó tambien el epiploon dando una ó varias vueltas, llega á estrechar el intestino, interrumpiendo mas ó menos completamente la interrupcion de las materias por dicho canal.

La oclusion por *invaginacion* del intestino, ( intussuscepcion) es acaso la mas frecuente. Mas comun en la niñez que en cualquiera otra edad, puede ser de dos maneras: progresiva ó descendente y retrógrada ó ascendente. Como causa de esta lesion tenemos, la perturbacion de los movimientos peristálticos, de tal manera que dos ondulaciones inversas parecen marchar una al encuentro de la otra, introduciéndose la porcion superior en la inferior ó vice versa. Tambien puede verificarse la invaginacion por uno ó varios pólipos, ó por la acumulacion de algunos parásitos intestinales, que por su peso arrastren el segmento superior. Una vez verificada la invaginacion, sobreviene la oclusion producida por infiltracion, ó mas bien dicho una inflamacion de carácter gangrenoso por compresion, que tiende á expulsar la porcion invaginada. Este es el modo de curacion que prepara la naturaleza.

La oclusion por *obstruccion* de causa siempre intrínseca, es aquella que se produce por acumulacion y endurecimiento de materias fecales en algun punto del intestino, generalmente del grueso; por la aglomeracion de gusanos intestinales, formando masas compactas: por la abundante ingestion de huesos de diversas frutas, formando un verdarero atascamiento; por el desarrollo ó la progresion de cálculos intestinales que ya por sí solos, ya uniéndose á las materias intestinales obstruyan la luz del canal. Todas estas, lo mismo que las parálisis, son causas de obstruccion semejantes en su mecanismo, y que acaso presenten menos gravedad por ser su diagnóstico y su tratamiento mas fáciles.

El segundo punto que tenemos que estudiar y que mas tarde tendremos en cuenta al hablar del tratamiento quirúrgico, sobre todo, son las alteraciones que ha sufrido el intestino, por el hecho de la oclusion. Poco será lo que digamos sobre este punto y solo nos limitarémos á estudiar las lesiones que sufre el intestino en el punto en que se encuentre estrechado, comprimido, torcido, invaginado ú obstruido. Examinarémos tambien las partes del intestino situadas arriba y abajo de la lesion.

En el primer caso, si la constriccion es enérgica, y ha durado mucho tiempo. obrará como un cuerpo extraño que comprimiera el intestino de fuera adentro asfixiando

la parte comprimida. Como último resultado, se iniciará un triple trabajo de inflamacion, de ulceracion y de gangrena que terminará definitivamente por la perforacion del intestino y el derrame de las materias en la cavidad peritoral. Resultado siempre funesto por la peritonitis sobreaguda que inmediatamente se desarrolla.

En todos los demas casos de oclusion intestinal, fenómenos análogos se producen, pudiendo considerarse la gangrena como una terminacion favorable en la invaginacion, siempre que se hayan establecido algunas adherencias que impidan el derrame intraperitoneal, pues que favorece el desprendimiento de la porcion invaginada.

La parte del intestino situada arriba de la lesion sufre alteraciones notables. Las materias, no pudiendo franquear el obstáculo se acumulan en gran cantidad, y añadiendo á esto el desprendimiento continuo de gaces, el intestino sufre una enorme distension. En consecuencia la nutricion de este intestino se hace insuficiente, el restiramiento incesante de sus nervios propios y de sus músculos, producirá la parálisis y le hará perder la contractilinad. En este estado el intestino es impotente para vencer el obstáculo, y cediendo facilmente á la distension que producen los gaces, rechazará el diafrágma hácia arriba, y producirá por este mecanismo una dispnea creciente que terminará con la asfíxia.

Al contrario, la parte situada abajo del obstáculo está aplastada y vacía; esta circunstancia favorece singularmente el diagnóstico preciso del sitio de la lesion por la desigualdad de fenómenos que se desarroyan en los dos segmentos opuestos.

En cuanto á las lesiones de las partes vecinas, se limitan primero, á una peritonitis parcial que favorece la adhesion del intestino enfermo á la pared abdominal ó á algun otro órgano, por donde mas tarde, por un trabajo supurativo puedan salir las materias intestinales. Este es el caso mas favorable para la curacion; pero generalmente sucede, ó que las materias intestinales se derramen en el peritonéo, produciendo una peritonitis sobreaguda, ó que la peritonitis primitivamente parcial se generalice, sobreviniendo en ambos casos la terminacíon funesta.

## SÍNTOMAS.

Una vez bien constituida la oclussion cualesquiera que sea la causa y el sitio de ella se observan como síntomas característicos, el dolor, la constipacion, el meteorismo; los vómitos, el hipo, todo esto en medio de una apirexía completa.

El dolor, generalmente sordo, comienza en un punto limitado, extendiéndose despues á todo el abdomen, aunque no llega á ser tan fuerte como el de la peritonitis, se exascerba como este por la presion en algunos puntos, que corresponden por lo regular al sitio de la lesion.

La constipacion, no es completa si no cuando el obstáculo tambien lo es, y no sobreviene, hasta que las materias que se encuentran abajo de la oclusion, han sido completamente expulsadas.

El meteorismo no se produce sino cuando la constipacion es absoluta, y llega á adquirir un desarrollo tan considerable que por la palpacion no se pueden sentir las asas intestinales ni ninguna viscera, produciendo como ya dijimos, la comprension del diafragma, por consiguiente, la dispnea, y por último el hipo resultado de la insuficiencia y de la perturbacion de las contracciones del diafragma.

Los vómitos constituyen el primer síntoma cuando la oclusion tiene lugar poco despues que el enfermo haya comido, en el caso contrario, sobrevienen despues de los dolores: primero, son alimenticios, despues, formados por un líquido sero-mucoso, verdoso, formado por la secrecion del intestino y la bílis, y por último, vienen á ser fecaloides, teniendo el aspecto de los líquidos que se encuentran al fin del intestino delgado.

El estado general del enfermo, es desde el principio muy grave: la respiracion débil y frecuente, la voz apagada, las facciones desencajadas, los ojos hundidos y rodeados de un círculo amoratado, el hipo casi continuo, el rápido enflaquecimiento de la cara y de los miembros, constituyen el terrible cuadro de síntomas generales que se observan en la oclusion: la temperatura, que hasta entonces habia sido normal, bajo de 1 á 3 grados, la piel se enfria y se cubre de sudor, los labios, los pómulos, la nariz, los miembros, se cianosan, manifestando así los progresos de la asfixia. El pulso se hace mas y mas frecuente, pero mientras no haya complicacion, la apirexia es completa.

La marcha de la lesion es continua pudiendo notarse sin embargo, al principio, alguuas alternativas. La dura-

cion es muy variable, pues se observan casos de tres ó cuatro semanas, mientras que otros terminan en pocos dias. En cuanto á la terminacion puede ser favorable ó funesta, siendo esta última la mas frecuente, y producida por *collapsus*, por *asfixia* ó por *peritonitis* con ó sin perforacion.

---

## DIAGNOSTICO.

En materia de diagnóstico, no nos detendremos sino en los puntos meramente indispensables y que nos sirvan para limitar y precisar las indicaciones del tratamiento quirúrgico. No insistiremos sobre el modo de diferenciar la oclusion de otras esfermedades, como la peritonitis, el envenenamiento, el cólera. etc., porque con una poca de atencion se evitará la confusion.

Pero si nos interesa en alto grado, para nuestro objeto, establecer un diagnóstico preciso, entre las diversas especie de oclusion intestinal, su naturaleza y su sitio.

Como se comprenderá, esta tarea es muy árdua, y muchas veces veremos burladas nuestras previsiones y nos tendremos que cruzar de brazos, porque la enorme distension del vientre, hará todo reconcimiento imposible.

Por lo mismo nos limitaremos á imitacion de casi todos los autores, á establecer y formular proposiciones generales que son de mucha utilidad. Dado un enfermo de oclusion intestinal, insistiremos de preferencia en los antecedentes que, las mas veces nos dan algunos datos sobre la naturaleza de la lesion. Así, si el enfermo ha comido gran cantidad de frutos, ingiriendo al mismo tiempo sus huesos, tendremos presunciones muy fuertes de que se trata de un atascamiento.

Si el individuo ha arrojado en otra época, gran cantidad de gusanos intestinales, y si además observamos á la palpacion un tumor que ofrezca ese movimiento que simula el fibrilar, ó estremecimiento catario, el diagnóstico estará establecido.

Si de los informes que nos dé el enfermo, resulta que ha padecido anteriormente peritonitis, las probabilidades serán de un estrangulamiento interno verdadero, causado por una brida celulo-fibrosa.

Si el enfermo ha padecido antigüamente, de una hernia definitivamente reducida, podrá presumirse una hernia

intra-abdominal y un estrangulamiento por el cuello del saco,

Cuando ha habido una enteritis ulcerosa, ó algun traumatismo del intestino, se podrá suponer una oclusion por estrechamiento cicatricial.

Cuando haya datos para sospechar un pólipo, las probabilidades serán de una invaginacion.

Si se ha observado anteriormente algun tumor abdominal, como un quiste del ovario, un fibrona uterino, ú otros semejantes, habrá justicia para para suponer una oclusion por compresion.

Cólicos hepáticos, que haya experimentado el enfermo en otra época, harán creer en una oclusion intestinal, debida á uno ó varios cálculos biliares aglomerados y detenidos en el intestino.

Un tumor cilíndrico, observado en el trayecto del intestino grueso, del lado izquierdo coexistiendo, en una depresion en el flanco derecho, hablará muy en favor de una invaginacion.

Una marcha lenta, con remisiones en los síntomas de la oclusion, indicará una invaginacion, un estrechamiento progresivo, ó un cuerpo extraño que vayan obstruyendo por grados el intestino.

Si la marcha es rápida, se presumirá un estrangulamiento propiamente dicho.

Una porcion de intestino gangrenado, encontrado en los excrementos, no dejará duda de que hubo una invaginacion.

Una oclusion que cede facilmente á los calmantes y antispasmódicos, nos hará creer en un ileus nervioso.

En cuanto al sitio de la lesion no será cosa fácil localizarlo, pero si el punto mas doloroso del vientre coincide con un tumor que ocupa el intestino, adaptándose á su forma alargada, que generalmente se dibuja á traves de la pared abdominal, reconocible facilmente por la vista y por la palpitacion, con distension considerable en unos puntos y depresion en otros, las mas veces será fácil, reconocer el sitio preciso de la lesion.

Si por la enorme distension del vientre, el reconocimiento es infructuoso, se hará una puncion intestinal segun dirémos despues, no solo con el objeto de aliviar momentáneamente los sufrimientos del enfermo, sino para poder reconocer y localizar el pensamiento.

Muchos casos se ven citados en los autores, de individuos que han presentado el cortejo de síntomas mas alar-

mantes, propio de este padecimiento, sin poderse localizar la lesion y en los que no se ha encontrado á su autopsia, nada que explique suficientemente la muerte. Casos son estos, que parecen verdaderamente maravillosos y sorprendentes, pero que probablemento no son otra cosa, que lo que se ha descrito bajo el nombre de ileus nervioso, ú otra afeccion semejante.

El pronóstico, es sumamente grave, la oclusion que ofrece mas probabilidades de curar, es la que está formada por materias fecales endurecidas.

## MÉTODO CURATIVO.

Como dijimos anteriormente, el método curativo se divide en médico y quirúrgico. El tratamiento médico tiene indicacion especial para los casos leves, y aunque para nuestro objeto no presente grave interés, sin embargo, haremos una reseña de todos los medios aconsejados hasta hoy, especialmente sus indicaciones en cada caso particular, por ser esto de vital importancia. En efecto, como sabemos hay casos ligeros de oclusion, que curarían por medios sencillos, mientras que tratados de una manera irracional é intempestiva, empleando toda la serie de medios aconsejados (verdaderamente empíricos,) se cambian las condiciones de tal manera, que el tratamiento quirúrgico es el único recurso.

En seguida, nos ocuparémos del tratamiento quirúrgico y sus indicaciones.

La serie de medios que vamos á enumerar, deben corresponder por regla general á indicaciones sintomáticas especiales. Todos estos agentes no ejercen sino una accion puramente mecánica sobre la oclusion, y no están sujetos á ninguna clasificacion regular. Comenzaremos por los purgantes.

Es costumbre entre muchos médicos, prescribir á todo enfermo de oclusion, ya un simple laxante, ya un purgante salino ú oleoso, ya un drástico; los unos con objeto de esplorar el terreno, los otros con la esperanza de que la violencia de las contracciones intestinales haga ceder el obstáculo en un tiempo mas ó menos largo. ¿No debe calificarse tal práctica de irracional y perjudicial? En efecto, cuando se trate una verdadera obstruccion ó de una invaginacion, ¿un purgante no vendría á agravar fatalmente el mal, poniendo al enfermo en peores condiciones? Indudablemente que sí, y por lo mismo limitarémos el

uso de los purgantes, á solo los casos en que estemos seguros que la obstruccion es causada por materias fecales endurecidas, ó por cuerpos extraños acumulados en el intestino, ya sean cálculos biliares, enterolitos ó ascárides lombricoides. En estos casos, y cuando la lesion ocupe la última porcion del intestino, se emplearan con ventaja simultáneamente las lavativas purgantes.

Los calmantes y antispasmódicos forman un contingente de medios, que aplicados oportunamente, son inapreciables pcr sus resultados favorables. Asi han sido empleados el opio y la morfina y altas dosis, se han aprovechado sus efectos calmantes para combatir la irritacion y el espasmo del intestino, que se agregan comunmente á una oclusion ligera, que sin este medio se agravaría.

A semejanza de estos medios se han usado con ventaja el cloroformo y la refrigeracion. El primero produciendo la relajacion de la fibra muscular y aboliendo la sensibilidad refleja, habiendo dado brillantes resultados para el tratamiento de las hernias, estaría especialmente recomendado para los casos de oclusion por bridas peritoneales y epiploicas. La refrigeracion intus y extra, tiene la doble ventaja de calmar los vómitos tenaces que son otro elemento de exitacion, y provocar la condensacion de los gaces, exitando al mismo tiempo la contractilidad muscular, que puede triunfar del obstáculo, cuando se trate de un verdadero atascamiento.

Entre los calmantes se han citado tambien la belladona y el tabaco, que colocarémos en el grupo siguiente, por razon de los efectos exitantes que se obtienen, cuando se administran á pequeñas dósis.

Entre los exitantes de la contractilidad, solo enumeraremos la belladona ya citada, el café, la nuez vómica; el cuernecillo de centeno y el galvanismo. Todos estos medios han sido empleados mas bien empíricamente y en casos indeterminados. Como agentes especiales, exitantes de la contractilidad muscular, serian aplicables en el estrangulamiento interno.

El método curativo por los medios puramente mecánicos es muy variado y parece que ha puesto en competencia el ingenio de los cirujanos. Se comprende que no sea posible enumerar en un trabajo de la estension de este, todos los medios de consiguiente, solo mencionaremos los mas usados. Estos consisten, en extraer las materias fecales endurecidas con una cucharilla, ó en introducir por el el recto una sonda esofagiana, ya para reducir una

asa invaginada, ya para hacer inyecciones de agua ó de sustancias medicamentosas, con objeto de reblandecer un tumor formado por materias endurecidas. Otras veces se practican por la sonda duchas ascendentes ó inyecciones forzadas, cuando el obstáculo se encuentra situado mas arriba del punto á donde llegue la sonda. Por último, por la sonda se hacen tambien insuflaciones de aire ó de ácido carbónico, que han producido muy buenos resultados en la invaginacion.

Hay en fin, una serie de medios que no haremos mas que mencionar, porque unos no son mas que paliativos; otros, obrando generalmente á ciegas, no sacariamos ninguna ventaja con detenernos en ellos. Tales son: los tópicos emolientes, las sanguijuelas, la malaxacion del abdomen, las inyecciones de belladona y de mercurio, las ventosas secas, el martillo de Mayor, el colodion etc.

Nos ocuparemos ahora del método curativo quirúrgico, al cual se recurre generalmente cuando todos los demás medios han sido impotentes.

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO difiere esencialmente del método curativo médico, por que en el primero se va á obrar directamente y por medios violentos, sobre el sitio mismo de la lesion, mientras que en el segundo, todos los medios que se emplean son siempre mas ó menos indirectos.

De consiguiente, importa precisar los casos en que convienen uno ú otro, importa igualmente establecer con precision el momento oportuno para intervenir. Y digo momento oportuno, por que sucede muchas veces que despues de haber agotado sin fruto todos los agentes médicos aconsejados, sueña uno aún con la vana esperanza de que al fin cederá el obstáculo, y no se considera que esta espectacion, muy culpable por cierto, hace perder un tiempo precioso para salvar la vida del enfermo, pues que una vez desarrollado el terrible cuadro de síntomas, que Gubler describe bajo el nombre de peritonismo, la intervencion quirúrgica es no solo ya inútil, sino que apresura la terminacion funesta.

Supuesto esto, dado un enfermo de oclusion intestinal qué deberemos hacer? Aquí tenemos que distinguir dos casos, ó la lesion está al principio, ó está ya muy avanzada. En el primero, lo que desde luego debe hacerse, despues de establecer un diagnóstico lo mas perfecto posible, es usar los medios médicos que creamos oportunos para aquel caso en particular; pero si vemos que estos no

surten, y que los síntomas generales se siguen agravando sin llegar todavia al peritonismo, entonces practicaremos una puncion intestinal, con la que suele, aunque muy raras veces, obtenerse una curacion completa; si por desgracia no es así, si los síntomas se vuelven á agravar, el ano artificial, es el único recurso que nos queda para salvar al enfermo; y el momento preciso para practicar la operacion, será aquel en que todavia no se halla manifestado el peritonismo, y nos abstendremos de operar en todos los casos en que el estado general del enfermo, sea ya muy grave, cuando comience á enfriarse y cianosarse, cuando el pulso es muy pequeño é irregular, en una palabra, cuando se ha desarrollado el peritonismo.

En el segundo caso, cuando el enfermo que se ncs presenta lleve una oclusion desde hace varios dias, pero en el que el estado general es bueno todavia, deberemos operarlo sin perder tiempo; si por el contrario, el estado general es malo, nos limitaremos á la expectacion, que en este caso, le conservará la vida al enfermo mas tiempo, que por la importuna intervencion de la cirujía, y no contribuiremos á desacreditar este precioso arte.

No describiremos el manual operatorio, por ser conocido de todos, solo haremos notar que el lugar para practicar la operacion, debe ser fijado con exactitud, por una exploracion cuidadosa, á fin de no producir mas traumatismo que el necesario.

Trascribimos á continuacion, una observacion de oclusion intestinal que tuvo la bondad de facilitarme mi querido compañero y amigo el Sr. D. Alfonso Ortíz, y en la que se ve claremente, que cuando el padecimiento está ya muy avanzado el enfermo no puede salvar por mas esfuerzos que se hagan.

## *OBSERVACION.*

### OCLUSION POR INVAGINACION INTESTINAL.

*La inyeccion de agua por el reto, sin resultado. Una puncion intestinal dá salida á gran cantidad de gaces y de líquidos. Muerte.—La autopsia enseña que era una torcion situada en el principio del intestino grueso.*

Felipe Jiménez, aguador, de unos 32 años de edad, ocupa el dia 2 de Noviembre la cama número 3 de la sala de Cirujía Mayor.

El practicante de la Sala creyendo desde luego en una oclusion intestinal, prescribe una lavativa fuertemente purgante, y despues una píldora de á centígramo de clorhidrato de morfina cada hora, y colodion tambien morfinado al vientre. Tragos de leche cuando tenga sed.—En la visita del siguiente dia, el Sr. Lavista recojió el conmemorativo que sigue: Padece inflamaciones de vientre, desde niño y *no es la primera vez que está tapeado*, pues hace como 4 años, que con acedías, agrios, bascas y *aún vomitos*, acompañado esto de retortijones, llegó á un estado semejante al de ahora, curó sin atenderse casi nada. No precisa sin embargo, el número de veces que ha tenido esos cólicos.—El enfermo dice estar relajado y el accidente data de 7 años: aquellas inflamaciones las padecia ya desde ántes, cree poder atribuir su mal á la ingestion de gran cantidad de tortillas y de agua pura.

Pasando al estado actual, tenemos que hace 4 dias está de nuevo enfermo. Comenzó por estar estreñido, con dolores en el vientre; este se empezó á abultar, hubo basca y vomitos amarillos. Desde entonces se siente peor, pues continúa molestándolo el dolor, de preferencia en el hipogastrio; le parece que su vientre estalla; pide de beber con insistencia; no puede satisfacer la gana de mear, que es frecuente. La lengua está roja, ligeramente saburral, y con una ligera capa blanca amarillenta; muy poca basca y no existe hipo; no arroja ventosidades por ninguna vía.—El calor de la piel no está aún disminuido, el pulso late 94 veces por minuto hay 40 respiraciones. Tiene tos, ansia y se sofoca acostado.

No se le duermen las piernas, ni hay calambres. Los ojos están undidos en sus orbitas, con ojeras profundas de color oscuro violaceas; cianosados los labios, los carrillos y las manos están frios. El estado general que presenta el enfermo corresponde á lo que Gubler ha llamado el peritonismo.—Examinando los signos físicos, nos dimos cuenta de la debilidad de las excursiones diafragmáticas, del abultamiento enorme del vientre. El epigastrio está perfectamente distendido y lleno, limitándose esa elevacion hasta los hipócondrios; una faja de presion al nivel del ombligo que comienza á ceder. Esta faja ó surco divide el abdómen en una zona superior y otra inferior. Las fosas iliacas estan tambien elevadas, así como el hipogástrio. Las venas de las paredes del vientre bastante dilatadas serpeando aquí y allá; al nivel de la parte interna de la ingle derecha una saliente que se prolonga á las bolsas.

Cloroformado el enfermo, la palpacion nos hizo sentir la tension enorme del vientre, sobre todo en los lugares mencionados, siendo imposible desalojar las asas intestinales. Hácia la fosa iliaca izquierda hay una coleccion de líquidos y gaces, que el Sr. Lavista llama fluctuacion hidro-aérica. La hernia que acusaba el enfermo está perfectamente reductible. La percusion dá zonas alternativamente oscuras, claras y timpánicas; oscuridad al nivel de la region ombilical. La exploracion rectal hace sentir hácia arriba y adelante del intestino un obstáculo blando, que da la sensacion de una masa, como intestinal que deprime la cara anterior del recto.

DIÁGNOSTICO. (No bastaba diagnosticar la obstruccion, era preciso fijar la situacion, la naturaleza, y el modo de produccion de ella.) Fundándose en la disposicion de las salientes ya descritas, en las depresiones laterales que debian ocupar los colon; en el resultado de la exploracion rectal y en el que dió la inyeccion de agua, se localizó la lesion en el fin del intestino delgado ó principio del grueso. La presencia de la fluctuacion hidro-aérica indicaba ó una intussuscepcion ó un volvulus ó una hemorragia. No habiendo motivo para creer en la última y habiendo que elegir entre las dos primeras; la mayor frecuencia de la invaginacion, hizo aceptar ésta á D. R. Lavista como mas probable.

PRONÓSTICO. Fatal por el peritonismo. No dá esperanza alguna á pesar de la gastrotomía.

TRATAMIENTO. Con dificultad se pudieron hacer grandes y forzadas inyecciones de agua, y viendo que de ello se sacaba poco fruto, pues que el líquido salia casi incoloro y solo por rareza manchado con pequeñísimas estrias de sangre, debido á las maniobras forzosas. Se practicó la enterocentésis, con el aspirador, al nivel de la fosa iliaca derecha. Se cayó con felicidad en una asa intestinal, funcionando el aparato, se obtuvieron grandes cantidades de gaces bastante fétidos, y como 6 onzas de líquido amarillo con pequeños grumos tambien de mal olor. La salida de los productos, se favorecia por la introduccion de un estilete cuando se tapaba la cánula, y haciendo presiones continuas sobre el vientre. Esta maniobra duró mas de veinte minutos. Durante la operacion, el enfermo tuvo repetidos vómitos fecaloìdes, semejantes á las materias obtenidas por el aspirador. Sudores frios, pulso miserable, facciones mas descompuestas; el estado general cada vez mas grave.

PRESCRIPCION: 0,10 centig. de cloridrato de morfina, en 10 píldoras, una cada hora. Hielo. Colodion al vientre.

El dia. 4. El enfermo murió á las 11 de la noche del dia anterior. El practicante de guardia observó, á las 6 de la tarde, al enfermo bañado en sudor frio, pulso pequeñísimo y frecuente, vómitos fecaloides, gran postracion; horribles accesos de sofocacion y agitacion extrema

AUTOPSIA. Se practicó 11 horas despues de la muerte. Abierta la cavidad del vientre solo escurrió una pequeña cantidad de serosidad sanguinolenta. Hubo que despegar algunas adherencias flojas. El intestino delgado dilatado enormementente, ocultaba las colon, que desde luego no eran visibles; el gran epiploon estaba rechazado á la derecha. Adherencias amarillas unian las asas unas con otras. Una de ellas presentaba la herida hecha con el trocar. No partia de allí la ligera peritonites ya mencionada, y no habia ningun derrame de materias intestinales en el vientre. Abajo, y ocupando toda la cavidad pelviana, habia un tumor enorme que parecia formado por la S. iliaca distendida. Mas arriba y acercándose al hipogastrio habia algo como un nudo. Existia una brida tendinosa que estrangulaba un hacesillo de tubo intestinal. Desprendiendo la masa intestinal de su mesenterio y aislando el nudo, se vió con claridad que se trataba de una torsion del principio del colon ascendente. El colon trasverso y el descendente estaban rechazadas hácia atrás y de pequeño calibre, sobre todo la S. iliaca. Lo que al principio se creyó la S. iliaca era el ciego enormemente distendido, triplicado de volúmen; presentaba una forma gibosa, irregular. El peritoneo posterior intacto, y solo al nivel del músculo psoas derecho habia huellas de un antiguo trabajo inflamatorio; los demas órganos del vientre sanos.

Separado el intestino, previas ligaduras, se inyectó una buena cantidad de agua, que hizo ver que la válvula de Bauhin funcionaba perfectamente. La mucosa, al nivel de la torcion estaba muy inyectada y en varios puntos esfacelada. Al nivel de la lesion, congestion fuerte; menos, congestionada en el resto del intestino delgado.



PRESCRIPCION: 0, 10 centig. de cloridrato de morfina, en 10 píldoras, una cada hora. Hielo. Colodion al vientre.

El dia 4. El enfermo murió á las 11 de la noche del dia anterior. El practicante de guardia observó, á las 6 de la tarde, al enfermo bañado en sudor frio, pulso pequeñísimo y frecuente, vómitos fecaloides, gran postracion; horribles accesos de sofocacion y agitacion extrema.

AUTOPSIA. Se practicó 11 horas despues de la muerte. Abierta la cavidad del vientre solo escurrió una pequeña cantidad de serosidad sanguinolenta. Hubo que despegar algunas adherencias flojas. El intestino delgado dilatado enormemente, ocultaba los colon, que desde luego no eran visibles; el gran epiploon estaba rechazado á la derecha. Adherencias amarillas unian las asas unas con otras. Una de ellas presentaba la herida hecha con el trocar. No partia de allí la ligera peritonitis ya mencionada, y no habia ningun derrame de materias intestinales en el vientre. Abajo, y ocupando toda la cavidad pelviana, habia un tumor enorme que parecia formado por la S. iliaca distendida. Mas arriba y acercándose al hipogastrio habia algo como un nudo. Existia una brida fibrinosa que estrangulaba un hacecillo de tubo intestinal. Desprendiendo la masa intestinal de su mesenterio y desatando el nudo, se vió con claridad que se trataba de una torsion del principio del colon ascendente. El colon trasverso y el descendente estaban rechazados hácia atrás y de pequeño calibre, sobre todo la S. iliaca. Lo que al principio se observó la S. iliaca era el ciego enormemente distendido; replegado de sí mismo; presentaba una forma globosa irregular. El peritoneo posterior intacto, y solo al nivel del músculo psoas derecho habia huellas de un antiguo trabajo inflamatorio; los demas órganos del vientre sanos.

Separado el intestino, previas ligaduras, se inyectó una buena cantidad de agua, que hizo ver que la válvula de Bauhin funcionaba perfectamente. La mucosa, al nivel de la torsion estaba muy [illegible] y en varios puntos esfacelada. Al nivel de la lesion, congestion fuerte; menos congestionada en el resto del intestino delgado.